REDACTIONSBUREAU
Stadt, obere Backerstrasse Nr. 761, 3. Stock.
Man pränumerirt in Wien im Redactions-Bureau und in Wilhelm Braumüller's k. k. Hofbuchhandlung, Graben, im Hause der Sparcasse.
Jeden Freitag erscheint eine Nummer.

PRÄNUMERATIONSPREIS

ohne Postzusendung:	*mit Postzusendung:*
Jährlich . . . . 6 fl. C. M.	Jährlich . . . . 8 fl. C. M.
Halbjährig . . 3 „ „	Halbjährig . . 4 „ „
Vierteljährig 1 „ 30 „	Vierteljährig 2 „ „

Für Inserate 6 kr. pr. Petitzeile.
Geldzusendungen erbittet man franco.

OESTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT FÜR PRACTISCHE HEILKUNDE.

HERAUSGEGEBEN
VOM DOCTOREN-COLLEGIUM DER MEDICINISCHEN FACULTÄT IN WIEN.

Hauptredacteur: Dr. Jos. Joh. Knolz. *Mitredacteur:* Dr. G. Preyss.

II. Jahrgang. Wien, den 21. März 1856. **No. 12.**

Inhalt: I. Original-Abhandlungen aus sämmtlichen Zweigen der Heilkunde. Dr. W. Linhart: Zur Symptomatologie des Bruches am Korper des Schlüsselbeines. — Dr. Josef Brenner, Ritter v. Felsach: Erfahrungen über Ischl's Heilanstalten. — III. Facultäts-Angelegenheiten. Wissenschaftliche Plenar-Versammlung des Doctoren-Collegiums am 15. März 1856. — IV. Analekten und Besprechung neuer medicinischer Bücher. A) Analekten. a) Aus dem Gebiete der Pharmacologie. b) Aus dem Gebiete der Augenheilkunde. c) Aus dem Gebiete der practischen Medicin. B) Besprechung neuer medicinischer Bücher. — V. Personalien, Miscellen. Notizen. Personalien. Beförderungen. Transferirung. Ausgetreten. Erenbezeigung. Sterbefall.

I. Original-Abhandlungen aus sämmtlichen Zweigen der Heilkunde.

Zur Symptomatologie des Bruches am Körper des Schlüsselbeines.

Von **Dr. W. Linhart.**

So leicht es in der Regel ist, durch Gefühl und Gesicht festzustellen, dass eine Clavicula an ihrem Körper gebrochen ist, so schwer fällt es bei genauerer Betrachtung einzelne Symptome anatomisch zu begründen. Wiewohl der Schlüsselbeinbruch unter allen Knochenbrüchen die grösste Literatur aufzuweisen hat, so hat man doch diesem letzteren Puncte, der pathologischen Physiologie dieses Bruches meines Erachtens zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Ich glaube nicht zu irren, wenn ich behaupte, dass wir den grössten Theil unserer jetzigen pathologisch-physiologischen Kenntniss über die Clavicularbrüche den negativen Resultaten der Therapie (welche den Hauptgegenstand der Literatur ausmacht) verdanken.

Der Gegenstand des vorliegenden Aufsatzes ist die anatomische Begründung der Dislocation der Fragmente. Die neueren Autoren haben eine mehr objective allgemein giltige Beschreibung der Dislocation eingeführt, indem sie sagen, dieselbe finde 1. *ad latus,* 2. *ad longitudinem,* 3. *ad directionem* statt, d. h. die Fragmente bilden an der Bruchstelle einen nach vorne und unten offenen Winkel, allein die physiologische Begründung der Dislocation, wie sie jetzt, wenigstens im Durchschnitt gang und gebe ist, scheint uns nicht so ganz makellos.

Bekanntlich schreibt man gegenwärtig blos dem äussern Bruchstück die Dislocation zu, indem man sagt, die Schulter sinke nach vor-, ab- und einwärts.

Fragen wir uns vor Allem, wornach man das Herabsinken der Schulter bemisst? Gewöhnlich nach dem Augenmass, u. z. durch Vergleichung mit der Höhe der gesunden Schulter. Seit Desault, welcher auf dieses Symptom den grössten Werth legte, nahm man die Sache überhaupt leicht und stützte sich dabei, ohne es recht zu wollen, auf einen ganz falschen anatomischen Satz, nämlich dass die Schulter vom Schlüsselbeine getragen wird.

Allein schon die einfache Beobachtung, dass das Acromialende in vollkommenster Ruhe des herabhängenden Armes höher steht, als das Sternalende, widerlegt den obigen stillschweigend entstandenen Satz, dazu kömmt noch, dass der *m. cucullaris*, das um ihn gelegene Bindegewebe und die Fascien eben so gut am Schulterblatte, als an der Clavicula angeheftet sind. Abgesehen von diesen anatomischen Thatsachen lehrt die Erfahrung, dass Schlüsselbeinbrüche vorkommen (insbesondere bei Kindern), welche bei deutlicher Crepitation und abnormer Beweglichkeit, nicht nur kein Sinken der Schulter zeigen, sondern auch die freie Beweglichkeit des Armes gestatten.

Welche verschiedenartigen Irrthümer bei blosser Schätzung nach dem Augenmass obwalten können, lässt sich z. B. aus folgendem möglichen Falle ersehen. Ein Kranker, der eine nicht bedeutende Scoliose hat, bricht sich die

Clavicula, ist nun der Bruch an der Seite, wo die Convexität der Scoliose ist, so wird die kranke Schulter, auch wenn sie herabgesunken wäre, noch immer höher stehen, als die gesunde; ist aber die Clavicula gebrochen, welche der Concavität entspricht, so erscheint eine bedeutende Senkung der Schulter, auch wenn gar keine oder eine höchst unbedeutende Dislocation der Bruchstücke zugegen wäre.

Ich glaubte einmal an dem untern Winkel der Scapula einen Anhaltspunct zur Beurtheilung des Grades der Senkung zu finden; allein dies ist ganz unrichtig, denn wie aus den gleich anzuführenden Experimenten ersichtlich sein wird, sinkt der innere untere Winkel der Scapula (bei wirklicher Senkung der Acromialgegend) nie in dem Masse, als das Acromion, sondern der Winkel rückt etwas gegen die *spina dorsi*. Etwas zweckmässiger schien mir der Vorgang von Grant, welcher, um den Grad der wirklichen Senkung der Schulter beurtheilen zu können, eine Schnur um den Rumpf, wie einen Gürtel in der Höhe der letzten Rippe zog, eine zweite um das untere Ende des Oberarmes. Im Normalzustande sind diese beiden Kreise, wenn das Subject steht, und den Arm an den Rumpf anzieht, in Einer Ebene. Findet man daher bei einem Schlüsselbeinbruche den Zirkel am Arme höher oder niederer, als den am Rumpfe, so kann man auf eine Erhöhung oder Senkung der Schulter schliessen.

Malgaigne bemerkt ganz richtig, dass dieses Verfahren zwar sehr sinnreich, unglücklicher Weise aber nicht sicher ist, da die Oberarme selten gleich lang sind, denn häufig ist der rechte etwas länger. Abgesehen davon ist die ganze obige Beschreibung des Grant'schen Verfahrens (welche Malgaigne's chirurgischer Anatomie entlehnt ist) dadurch etwas dunkel, dass die Stelle, wo der zweite Kreis angelegt wird, so ungenau angegeben ist.

Es heisst nämlich „am unteren Ende des Oberarmes.“ Es ist offenbar ein grosser Unterschied, ob die Schnur um die Condylen (Ellbogengelenk), oder um das untere Ende der Diaphyse über dem Ellbogengelenke angelegt ist.

Da ich nun in den meisten ähnlichen Fällen gefunden habe, dass aufmerksam und unbefangen angestellte Experimente an Leichen, am meisten gegen speculative Verirrungen sichern, so habe ich zu wiederholten Malen folgendes Experiment angestellt:

Es wurde von der Sternal- und den beiden Claviculargegenden eines Leichnames die Haut sammt dem subcutanen Zellstoffe und der oberflächlichen Fascienlage entfernt. Hierauf wurde der Leichnam senkrecht aufgehangen; da sich nun der Sternocleidomastoideus etwas gespannt zeigte, so wurde, um jede Zerrung am Sternaltheile der Clavicula durch den gespannten Muskel unmöglich zu machen, derselbe sowohl an der Clavicular- als an der Sternal-Insertion, so wie auch die Clavicularportion des Pectoralis abgeschnitten. Dies änderte an der Lage der Clavicula gar nichts, es war ganz dasselbe Verhältniss, wie auf der anderen Seite. Um nun den Normalhöhenstand des Acromions zu bestimmen, nach welchem sich der Senkungsgrad der Schulter bemessen lassen sollte, nahm ich folgendes Mass: von der deutlich fühlbaren Furche zwischen Sternum und Sternalende der Clavicula zog ich eine Schnur vollkommen horizontal nach aussen; diese fiel meist 1″ unter das Acromio-Claviculargelenk. Dieser Punct wurde am Deltamuskel deutlich bezeichnet.

Hierauf wurde die Clavicula an ihrer grössten Convexität senkrecht auf ihre Axe durchsägt; alsogleich entstand ein solches Abweichen der Fragmente, dass das Bruchende des innern Fragmentes um nahezu einen halben Zoll höher stand, als das Bruchende des äussern Fragmentes.

Das oben angegebene Verhältniss der Höhe des Acromions zum Sternoclaviculargelenke blieb bei dem ersten und einigen späteren Experimenten dasselbe, bei mehreren andern Versuchen sank das Acromion unbedeutend, so, dass immer der Abstand der Fragmente grösser war, als das Tieferstehen des Acromions. Die Clavicula vom Sternalende nach auswärts verfolgt, zeigte gegen das Bruchende hin eine viel schiefere Richtung nach aussen, aber auch nach hinten, als auf der unverletzt gebliebenen Seite. Auch war die Hervorragung des Sternalendes der Clavicula geringer, als an der unverletzten Seite, und das *lig. interclaviculare* war auffallend weniger gespannt, als vor der Durchsägung. Kein Zug am Arme vermochte das Acromion tiefer herabzubringen. Aus Allem dem musste geschlossen werden, dass die Dislocation grösstentheils (in einigen Fällen ganz und gar) dem Emporsteigen des innern Bruchstückes zuzuschreiben war.

Nachdem ich so weit gekommen war, wollte ich auch die wirkliche Senkung der Schulter studiren, und fuhr folgendermassen im Experiment fort:

Vor Allem trennte ich den *m. cucullaris* los, der nicht die mindeste Spannung zeigte, auch war gar kein weiteres Sinken der Schulter bemerkbar.

Hierauf wurden die *mm. rhomboidei* und der *levator anguli scapulae*, welcher letztere ganz erschlafft (wellenförmig gekräuselt) erschien, losgetrennt und nun spannten sich bedeutend die Fascien, und das um die Achselgefässe gelegene Bindegewebe, während die Schulter nur etwas nach vorne rückte, indem sich der innere Rand des Schulterblattes vom Thorax entfernte, und der untere Winkel stark vorragte. Nun wurde das Bindegewebe und die Fascien durchschnitten und hinwegpräparirt, wornach die Schulter bedeutender sank, und sich zugleich am Thorax noch stärker nach vorwärts (einwärts) drehte. Es schien

nun der Arm nur noch an den sehr gespannten Achselgefässen und Nerven zu hängen. Nachdem nun diese nach vorläufiger Lospräparation des ganzen umhüllenden Bindegewebes durchschnitten wurden, sank die Schulter plötzlich auf etwa 6 Zoll unter das oben angegebene Mass. Der Arm und die Schulter hingen nur noch durch den *serratus anticus major* mit dem Thorax zusammen, der innere Rand der Scapula stand gerade nach aufwärts (also statt senkrecht horizontal); nachdem nun auch die Ursprungszipfel dieses Muskels abgeschnitten wurden, fiel natürlich der Arm sammt der Schulter vom Stamme herab.

Es ist noch zu erwähnen, dass, je mehr bei den Experimenten der Durchtrennungspunct der Clavicula sich dem *lig. coraco-claviculare* näherte, desto auffallender war die Senkung der Schulter, und desto geringer dagegen das Steigen des innern Fragmentes. Aus den nun angeführten Experimenten lassen sich ganz ungezwungen folgende Schlüsse ziehen:

1. Dass die Schulter weder durch die Clavicula, noch durch die Muskel allein, sondern auch durch Gefässe, Nerven, vorzüglich aber durch Bindegewebe und Fascien in ihrer Lage erhalten wird;

2. dass die Senkung der Schulter keine wesentliche Erscheinung des Schlüsselbeinbruches ist, und dass, wenn sie vorkömmt, ihr Grad von der Zerreissung der Weichtheile, namentlich Fascien und Bindegewebe, abhängt;

3. dass das innere Fragment mit seinem Bruchende emporsteigt, u. z. um so stärker, je mehr von der *fascia caraco-clavicularis* vom Knochen abgetrennt ist, und dass das Bruchende des innern Fragmentes in diesem Falle auch etwas nach rückwärts gegen die *regio supraclavicularis* gerichtet ist;

4. dass der grössere Theil der Dislocation beim Clavicularbruche dem Steigen des innern Fragmentes zuzuschreiben ist und nicht dem Senken der Schulter.

Man könnte gegen die angeführten Experimente den Einwurf machen, dass das Emporsteigen des inneren Fragmentes dadurch entstehe, dass die Fascien und das Bindegewebe über der Clavicula durch das Aufgehangensein des Cadavers ausserordentlich gespannt seien und das Fragment emporzögen, allein dagegen spricht ein anderes Experiment. Wenn man nämlich ein Sternum in einem Schraubstock befestigt, die Clavicula horizontal stellt und an ihrem äusseren Ende auch in einem Schraubstock befestigt, so erfolgt nach der Durchtrennung der Clavicula ebenfalls das Steigen des inneren Fragmentes.

Es handelt sich nun noch darum, ob man am Lebenden bei einer vorhandenen Fractur das Steigen des innern Fragmentes nachweisen könne. Dies ist meiner Ansicht nach leichter, als der Nachweis einer wirklichen Senkung der Schulter. Man darf nur, wie oben beim Experimente angegeben wurde, an beiden Seiten vom Sternoclaviculargelenke aus einen Faden vollkommen horizontal nach auswärts ziehen und dann verfolgt man an der gesunden und an der kranken Seite das Sternalende der Clavicula, und man wird sich sehr leicht überzeugen, dass das Sternalende der fracturirten Clavicula mit der Horizontallinie einen viel grösseren Winkel bildet, als an der gesunden Seite.

Dem Gesagten zu Folge glaube ich behaupten zu können, dass das Emporsteigen des innern Fragmentes, welches die ältesten Chirurgen beschrieben haben, eine unbestrittene Thatsache ist, dass aber auch das Senken der Schulter wirklich, wenn auch nicht immer vorkömmt, obschon es eine weit untergeordnetere Stellung unter den Symptomen des Clavicularbruches einnimmt, als man gewöhnlich anzunehmen pflegt.

Nun entsteht aber die wichtige Frage, **worin liegt der Grund, dass das innere Fragment steigt?**

Die ältesten Autoren von Hippocrates an suchten weiter keine Erklärung und begnügten sich mit der Beobachtung, dergemäss sie ihre Verbände einrichteten. Spätere Autoren, wie insbesondere Delpech, erklärten das Emporsteigen des innern Fragmentes aus der Wirkung des *m. sterno-cleido-mastoideus.* Man hat später gegen diese Ansicht von anatomischer Seite den Einwurf gemacht, dass die Clavicularportion des *Pectoralis major* unter eben so günstigen, wenn nicht günstigeren Verhältnissen dem Sternocleidomastoideus entgegenwirke. Da sich nun gegen diesen Einwurf nichts einwenden liess, so verläugnete man die Beobachtung, weil man sie nicht begründen konnte, und so kam man zum anderen Extreme, nämlich das Senken der Schulter allein anzunehmen, und das Erheben des innern Fragmentes zu läugnen.

Aus den oben angeführten Experimenten geht deutlich hervor, dass der Grund des Emporsteigens des innern Fragmentes nicht in den Muskeln liegt, er ist ganz einfach in den Gelenkflächen des Sternums und der Clavicula zu suchen. Bei horizontaler Stellung der Clavicula stehen nämlich die beiden Gelenkflächen nicht in genauer Berührung, so dass nach oben und hinten ein Raum frei bleibt, der theils vom Zwischenknorpel erfüllt wird, theils sinken die Fasern der *ligg. sterno-claviculare* und *interclaviculare* etwas ein, wodurch zwischen Sternum und Sternalende der Clavicula eine Furche fühlbar wird. Durchtrennt man nun die Clavicula, so werden die beiden Gelenkflächen durch die Elasticität der Bandfasern in genauere Berührung gebracht, wobei die Gelenkfläche der Clavicula aus der mehr senkrechten Stellung sich nach abwärts dreht, um sich ganz an die Gelenkfläche des Sternums anzulegen.

Die nothwendige Folge davon ist das Emporsteigen des Bruchendes vom Sternalfragmente.

So befriedigend einerseits und so naheliegend andererseits diese Erklärungsweise ist, so konnte ich in allen mir zugänglichen Werken keine diesfällige Bemerkung finden, ausser in der deutschen Uebersetzung von Malgaigne's chirurgischer Anatomie Pag. 310, eine Bemerkung von Grant, welcher, ein eifriger Vertheidiger des Emporsteigens des innern Fragmentes den Grund dieser Erscheinung in der Conformation der Gelenkflächen sucht.

Wir haben oben erwähnt, dass das innere Fragment auch etwas nach rückwärts gehe; Grant behauptet, dass das Rückwärtsgehen seltener sei, als das Vorwärtsgehen des genannten Bruchendes und glaubt, dass das Rückwärtsgehen, wenn es vorkäme, dem *m. sterno-cleido-mast.* oder dem Trapezius oder einem Rückwärtsgezogenwerden durch das äussere Bruchstück, wenn sich bandartige Fasern zwischen beiden vorfinden, zuzuschreiben sei.

Ich fand bei meinen Experimenten stets ein Rückwärtsgehen des innern Fragmentes, u. z. immer in demselben Masse stärker und geringer, als das genannte Bruchstück stieg, selbst dann, wenn das Schlüsselbein so präparirt war, dass keine bandartigen Verbindungen beider Fragmente stattfinden konnten. Ich glaube, dass das Rückwärtsgehen mit dem Emporsteigen zusammenfällt.

Es ist nämlich die Gelenkfläche des Sternums nach hinten zu abgedacht, so dass die Gelenkfläche der Clavicula, um genau an der Gelenkfläche des Sternums anzuliegen, sich auch etwas nach vorne drehen muss, die nothwendige Folge dieser Drehung ist das Rückwärtsgehen des Bruchendes vom Sternalfragmente.

Die Kenntniss der combinirten Bewegung des Emporsteigens und Rückwärtsgehens des innern Fragmentes ist für den Practiker nicht unwichtig, indem Jeder, der viele Schlüsselbeinbrüche gesehen hat, weiss, dass es viele Fälle gibt, wo man die Schulter so hoch emporheben und so nach rückwärts drehen kann, als es nur überhaupt angeht, und ohne eine Vereinigung der Fragmente zu erzielen. Wäre das Sinken der Schulter der alleinige Grund der Dislocation, so müsste es doch möglich sein, die Fragmente in allen Fällen in Berührung zu bringen.

Ein Vorwärtsgehen des innern Fragmentes habe ich aber nie gefunden, und glaube, dass sich Grant getäuscht habe.

Es kömmt nämlich fast immer vor, dass das Bruchende des äussern Fragmentes hinter dem Bruchende des innern steht (*dislocatio ad latus*); dies scheint jedoch vielmehr in der Vorwärtsbewegung (Einwärtssinken) der Schulter zu liegen, die nothwendig ein Rückwärtsgehen des Bruchendes vom äussern Fragmente bedingt.

Wir müssen hier auch der Schiefbrüche gedenken, da man, wie gleich im Eingange bemerkt wurde, fast allgemein der Behauptung huldigt, dass das innere Bruchstück unbeweglich ist, und das äussere sammt der Schulter herabsinkt, so folgt nothwendig daraus, dass ein Schiefbruch, der von innen und unten nach aussen und oben geht, eine *dislocatio ad axim s. directionem* verhindert und umgekehrt.

Diese Behauptung ist jedoch ganz unrichtig, und blos ein Product der Speculation, davon kann man sich sowohl durch Experimente an Leichen, als auch durch Beobachtung an Lebenden überzeugen. Die *dislocatio ad directionem* wird durch einen Schiefbruch von innen und unten nach aussen und oben eher begünstigt, und durch den entgegengesetzten Schiefbruch nur dann verhindert, wenn die Schulter gar nicht sinkt und gar keine *dislocatio ad latus* Statt findet. Letzteres könnte aber nur Statt finden, wenn sämmtliche Verbindungen der Fragmente mit Fascien unverletzt blieben, was jedoch gerade bei Schiefbrüchen kaum denkbar ist.

Wir gehen nun zu den beiden andern Haupterscheinungen des Schlüsselbeinbruches über, nämlich: dem Vor- und Einwärtsrücken der Schulter. Diese sind, wie auch die meisten neueren Schriftsteller annehmen, eine und dieselbe Bewegung. Das Schulterblatt kann sich am Thorax nur so verschieben, dass es über die Convexität der Rippen nach vorwärts gleitet, wobei sein innerer Rand sich von der Wirbelsäule entfernt, und so nach rückwärts gerichtet ist, dass die Flächen der Scapula mehr nach Aussen und Innen, statt nach vorne und hinten stehen. Dadurch kommt der Gelenkstheil der Scapula näher an den Thorax, als im Normalzustande und mit demselben auch der Gelenkskopf des Oberarmes und das Acromialende der Clavicula. Diese Zusammenfassung des Vor- und Einwärtsgehens der Schulter in eine und dieselbe Drehbewegung der Scapula hat die Therapie wesentlich gefördert, indem der seit Desault lange Zeit für so wichtig gehaltene und für den Patienten und den Arzt gleich lästige Keil in der Achselhöhle dadurch als ganz unnütz erkannt wurde.

Schliesslich müssen wir noch Einiges über die Functionsstörung, die der Clavicularbruch hervorbringt, erwähnen. Das grösste Hinderniss der Bewegung besteht darin, dass der Kranke den Arm nicht auf den Kopf, Nacken und Rücken bringen kann; dass sonstige Bewegungen des Armes möglich sind, darin stimmen bereits die neueren Autoren überein, ja man hat beobachtet, dass Kinder, Blöde oder überhaupt sehr unempfindliche Individuen alle Bewegungen des Armes und der Schulter machen konnten. Eine sorgfältige Beobachtung der Kranken lehrt zur Genüge, dass die Unmöglichkeit, die eben genannten Bewegungen auszuführen, nur darin liegt, dass diese, als den meisten Schmerz erregend, instinctmässig gemieden werden, wie schon Brasdor behauptet.

Erfahrungen über Ischl's Heilanstalten.

Von Dr. Josef Brenner, Ritter v. Felsach,
k. k. Salinen- und Badearzt.

1. Die Heilmittel, die dem Arzte hier zu Gebote stehen, sind: das Soolenbad, das Salzdampfbad, der Moor, Salzbergschlamm, das Molkenbad, und eine Schwimmschule, sowie ein Gymnastiksalon. Zum innern Gebrauche Schaf-, Ziegen- und Kuhmolke, die Maria-Louisens-Salzquelle, die Salzschwefelquelle und die gangbarsten Mineralwässer.

2. Als diätetische Beihilfsmittel sind hieher zu rechnen: die reine balsamische Gebirgsluft, der Genuss der aromatischen Gebirgserdbeeren, der sauren und süssen Milch, das Besteigen der Berge, das Verweilen in duftenden Wäldern, die Ausflüge in die schönen Nebenthäler mit ihren romantischen Seen etc.

3. Ueber die Anzahl der zu einer Cur nöthigen Bäder lässt sich nichts Bestimmtes sagen, das hängt von der Individualität des Kranken, dessen Empfänglichkeit, von der Art und Dauer der Krankheit ab. Nach meiner reichen Erfahrung genügen in der Mehrzahl der Fälle 30 Bäder, um die gewünschte Reaction zu machen.

4. Bäder, so wie Trinkcuren, sollen so lange angewendet werden, bis die Naturheilkraft, das heisst eine bestimmte Reaction erweckt, und dadurch die chronische Krankheit in eine acute verwandelt wird.

5. Dieses wird nur dann der Fall sein, wenn der Organismus bis in seine Atome von den im Bade wirksamen Bestandtheilen durchdrungen, d. h. gesättigt ist.

6. Ist dieses geschehen, so reagirt der Organismus dagegen. Es entsteht das Bestreben, die aufgenommenen fremdartigen Stoffe wieder auszuscheiden. Durch dieses Bestreben wird das Krankhafte zur Norm zurückgeführt.

7. Diese Reaction gibt sich zu erkennen durch Nichtvertragenwerden des Bades, durch allgemeines Unwohlsein, endlich durch Fieberbewegungen und Verschlimmerung aller früher vorhandenen Krankheitssymptome, sowohl der allgemeinen als der örtlichen. — Zu diesem Punct angelangt, ist es Zeit, die Bäder zu beendigen und die heilende Natur in ihrem Gange, ohne geschäftig einzugreifen, zu beobachten, und sie nur so zu leiten, dass sie nicht auf Abwege gerathet.

8. Ganz Vorzügliches leisten die Soolenbäder in allen jenen Krankheiten, die in einem krankhaften Vegetationsprocesse wurzeln, also besonders in Scropheln. — Diese weit verbreitete Krankheit mit ihren Abarten findet in der Soole das mächtigste Heilmittel, und die Soolenbäder sind daher Kindern mit scrophulöser Anlage, auch in dem zartesten Alter, besonders anzurathen. Ich habe in dieser Hinsicht viele erstaunenswerthe Heilungen beobachtet.

9. Auf das Lymphsystem wirkt die Soole sehr bethätigend, die Aufsaugung befördernd, zertheilend, daher sie in Lymph-Abscessen, sogenannten kalten, in Drüsenabscessen zur Zertheilung von Drüsengeschwülsten, wenn sie auch schon eine bedeutende Härte erreicht haben, so ausserordentlich wirksam sind. — Ich habe oft für schon unheilbar gehaltene Drüsenverhärtungen verschwinden gesehen, die allen andern Mitteln widerstanden.

10. Specifisch wirkt aber die Soole auf das weibliche Geschlechtssystem, und es ist Staunen erregend, welche Geschwülste des Uterus und der Ovarien noch zum Schmelzen gebracht werden können. Chronische Metrorrhagien, Menstruationsfehler, *fluor albus*, Chlorosis finden hiebei sehr oft Heilung. — Schwäche der genannten Partien, besonders nach schnell auf einander gefolgten Geburten gehören hieher. — Daher auch Unfruchtbarkeit, welche in den aufgezählten krankhaften Zuständen ihren Grund hatte, schon öfters hier gehoben wurde.

11. Durch die Soole können ferner geheilt werden: Hysterie, Hypochondrie, Melancholie, Anschoppung der Leber, Milz und Unterleibsdrüsen, Gicht, Rheumatismen, Flechte und derlei Hautkrankheiten, chronische Anschwellung der Gelenke, überhaupt alle jene Krankheiten, die zu ihrer Heilung eine Anregung der Vegetation und vermehrte Ausscheidungen nöthig haben, daher *Plethora abdominalis* und das Heer der Hämorrhoidalzustände, träge Verdauung, Stuhlverstopfungen, und im Gegentheil manche chronische Diarrhöen.

12. Die Salzdampfbäder gehören zu den mächtigsten Mitteln des Arzneischatzes. Das in denselben in fein zertheiltem Zustande mechanisch den Wasserdämpfen beigemischte Salz wird nicht nur durch die Haut, sondern auch durch die Schleimhäute, besonders der Luftwege dem Blute zugeführt. Es durchdringt schneller und inniger den Organismus, als bei der Anwendung der Soole im Bade. Sie wirken in hohem Grade das Blut, Lymph- und Schleimhautsystem anregend. Ihre Anwendung erfordert Erfahrung und Umsicht, besonders bei Lungenkranken, wo sie zur rechten Zeit angewendet, Ausgezeichnetes zu leisten im Stande sind. — Ihre Anwendung ist angezeigt in chronischen Leiden des Rachens, besonders bei dort erscheinender aphthöser Entzündung, in Krankheiten der Nasenschleimhaut, bei chronischen Kehlkopf- und Luftröhrenleiden, bei Lungentuberculose, wenn sie nicht entzündlicher Natur ist, und keine Neigung zu Bluthusten sich zeigt, bei der Schleimlungensucht, bei Asthma, gichtischer und rheumatischer Natur, bei Gicht und Rheumatismen überhaupt, bei chronischen Hautausschlägen jeder Art, bei Drüsenverhärtungen, scrophulösen Geschwüren mit torpidem Charakter, bei Indurationen der Ovarien und des Uterus, bei *fluor albus*, bei schmerzhafter Menstruation. Den so fatalen Gesichtsschmerz habe ich schon öfters damit dauernd gehoben. In veralteter Syphilis wurden sie mit Nutzen gebraucht.

13. Der Schlamm aus dem Salzberg ist ein mächtiges Mittel theils als ganzes Bad, theils zu Umschlägen verwendet zur Zertheilung von Verhärtungen. Er macht baldige Reaction.

14. Wir haben einen vegetabilischen Moor, den ich mit heissem Wasser übergiessen lasse, wodurch alle wirksamen Bestandtheile ausgezogen werden. Der Hauptbestandtheil ist phosphorsaures Eisen. Dieses Wasser wird zum Bad verwendet, entweder für sich oder mit Soole vermischt. — Dieses Bad findet besonders seine Anwendung bei jenen Kranken, die der Stärkung bedürfen, daher bei chlorotischen und nervenschwachen Individuen.

15. Es genüge hier anzuführen, dass wir drei Gattungen Molke haben: Kuh-, Schaf- und Ziegenmolke. Die Anzeigen für den Gebrauch der Molke sind jedem Arzt ohnedies hinreichend bekannt. — Nach meinen Erfahrungen ist die Kuhmolke die am leichtesten verdauliche und wirkt vorzüglich auf den Unterleib, die Schaf- und Ziegenmolken haben mehr Nährstoff, und sind bei Lungenkranken der andern vorzuziehen. Die Molke, dem Bade beigemischt, beruhigt in hohem Grade die Nerven, und macht die Soole für Solche verträglich, die sie sonst nicht vertragen würden. — Zum Bade wird immer Kuhmolke verwendet.

16. Die Maria-Louisens-Salzquelle ist eine schwache natürliche Soole, die häufig zum innern Gebrauch mit Nutzen verwendet wird, bei träger, schwacher Verdauung, bei Verschleimung der ersten Wege, bei Wurmkrankheit, bei Diarrhöen aus

Schwäche, die habituell geworden sind, zur Beförderung der Diurese, um den Aufsaugungsprocess zu bethätigen. — Sie kann auch versendet werden.

17. Die Salzschwefelquelle ist eine mit Schwefelwasserstoffgas verbundene Quelle, die innerlich gegeben wird in allen jenen Krankheitsformen, in denen der Schwefel in Verbindung mit Salz angezeigt ist, besonders bei Hämorrhoidal- und herpetischen Krankheiten. Sie wird zum Bade verwendet bei Gicht, Rheumatismus, Krätze und andern chronischen Hautausschlägen. — Sie ist etwas unangenehm zu trinken, wird aber in der Regel gut vertragen.

18. Als in manchen Fällen die Cur unterstützende Mittel haben wir noch eine gut eingerichtete Schwimmschule, und einen mit allem Nöthigen versehenen Gymnastiksalon.

19. Die schöne erhabene Natur bei uns mit ihren Abwechslungen von Gebirgen und Thälern und sohin die reine stärkende Luft, der aromatische Duft der Wälder, die hohe Lage unseres Thales mit zwei Flüssen versehen, deren Wasser ganz klar und frisch im schnellen Lauf das Thal durcheilen, der Genuss höchst aromatischer Erdbeeren, die hier in Fülle zu haben sind, der Genuss köstlicher süsser und saurer Milch tragen gewiss wesentlich bei, die Cur kräftig zu unterstützen. Man beobachtet diese stärkende Wirkung der Luft besonders bei solchen, die aus Flachländern kommen.

20. Da ich hier einige Worte über die klimatischen Einflüsse gesprochen habe, so kann ich nicht umhin, einen Wink für Lungenkranke, in so ferne sie hieher passen oder nicht, zu geben. — Lungenkranke mit torpider Natur, die keine Neigung zu Entzündung und Fieberbewegungen haben, können mit Nutzen hier ihren Aufenthalt nehmen, da im Gegentheil junge, leicht erregte Subjecte, in denen das Leiden entzündlicher Natur ist, oder, wo sich öfters Blutspucken einstellt, sich hier immer schlecht befinden, indem die reine reizende Luft den Consumtionsprocess nur beschleunigt, und man daher trachten muss, sie baldmöglichst wieder fortzubringen, will man ihren ohnedies unvermeidlichen Untergang nicht um ein Bedeutendes beschleunigen. Es ist daher für den hiesigen Ort die Auswahl unter den Lungenkranken mit grosser Umsicht zu treffen.

21. Wahrer Scirrhus, sowie Carcinom finden hier keine Heilung. Ersterer kann leicht zum Aufbruch gebracht werden, und Letzteres verschlimmert sich sichtlich. — Krankheiten, die zur Blutzersetzung neigen, sind für den Gebrauch der Soole nicht geeignet, sie führt den Uebergang in Scorbut herbei.

22. Die Art, wie die Bäder angewendet werden, ist verschieden nach der Krankheit und nach der Individualität der Kranken. — Grosse Soolenquantitäten wirken nur reizend auf die Haut, kleine durchdringen den Körper. — Die Menge der Soole muss während des Gebrauches nach Umständen öfters geändert werden, daher der eigenmächtige Gebrauch der Bäder dem Curgast sehr oft schlecht bekommt. — Der Gebrauch der Salzdampfbäder ohne schriftliche ärztliche Ordination ist Jedermann, ihrer Gefährlichkeit wegen, strengstens untersagt.

III. Facultäts-Angelegenheiten.

Wissenschaftliche Plenar-Versammlung des Doctoren-Collegiums

(am 15. März 1856).

Dr. Jäger jun. begann die Reihe der Vorträge mit einer Mittheilung über die durch den Augenspiegel bei Entzündung, bei Hyperämie, Stase etc. in der Retina des Menschen bisher wahrgenommenen Erscheinungen.

Nachdem derselbe auseinandergesetzt, wie die Retina vorzugsweise geeignet sei, in dieser Beziehung erfolgreiche Beobachtungen anzustellen, da sie im hohen Grade durchsichtig und nur wenig gefärbt sei, ein für sich abgeschlossenes Gefässsystem besitze, an dessen Arterien wie Venen nach Belieben Pulsationserscheinungen hervorzurufen sind, ferners bei ihr die Gelegenheit gegeben sei, die Blutzirkulation selbst wahrzunehmen, so wie über die Function des Organes äusserst genaue Resultate zu erzielen, ging er auf die Erörterung der einzelnen beobachteten Processe und ihrer sie charakterisirenden Erscheinungen über.

Die hiebei angegebenen Veränderungen am Gefässsysteme der Retina beziehen sich auf die grösseren und kleineren Gefässstämme und Aeste, ja selbst auf die feinsten Zweigchen, in so weit sie nämlich bei der durch den Spiegel gegebenen 20- bis 24fachen Linear-Vergrösserung wahrgenommen werden können, keineswegs jedoch auf das Capillarsystem, da selbes bei dieser Vergrösserung noch der Wahrnehmung entrückt ist, wesshalb auch über ein unterschiedliches Verhalten des Capillarnetzes und der Circulation in ihm bei den einzelnen Processen in Folge unmittelbarer Beobachtung noch keinerlei Angaben ermöglicht sind. ——

Einer der häufigsten Processe, welche man in der Retina zu verfolgen die Gelegenheit habe, sei jener, welchen Dr. Jäger mit dem Namen Reizung belegt, und welcher sich durch Röthung des Gewebes und Beschränkung der Functionsdauer des Organes charakterisirt.

Diese oft sehr beträchtliche Röthung der Retina wird zum grössten Theile, unabhängig von der Quantität des in den Gefässen enthaltenen Blutes, durch eine Färbung der Gewebsbestandtheile mit Blutfarbestoff erzeugt, welche sich am raschesten in den zelligen Elementen, später in der Opticusausbreitung und erst zuletzt in den Gefässwandungen selbst auszubilden scheint.

Durch dieses allmälige Fortschreiten der Färbung wird das der Opticusausbreitung entsprechende streifige Ansehen der Retina, so wie das Sichtbarwerden der Gefässwandungen (in Form lichter Säume zu beiden Seiten der Blutsäulen) hervorgerufen. Bei Vervollständigung der Färbung entziehen sich daher alsbald die Gefässwandungen dem Blicke, und die Streifung der Retina vermindert sich bedeutend, wenngleich sie nur selten gänzlich verschwindet.

Die Function der Retina ist nur in Rücksicht der Dauer beschränkt; das Auge nimmt gleich wie sonst die kleinsten Gegenstände mit voller Sicherheit und in denselben Abständen wahr, ermüdet jedoch rascher, oft erst nach Tage langer Benützung, oft schon nach solcher binnen Stunden oder selbst weniger Minuten.

Hiebei behalten alle sichtbaren Gefässe ihren physiologischen Durchmesser und ihre Farbe, die Zirkulation erscheint nicht verändert, die Ernährung des Gewebes nicht weiters gestört.

Diese Reizung der Retina, welche am häufigsten durch eine relativ oder absolut zu grosse Anstrengung der Augen, (daher oft mit Asthenopie verwechselt) durch äussere wie innere Schädlichkeiten, örtliche wie allgemeine Störungen hervorgerufen wird, verharrt als solche, nur verschieden ihrer Inten-

sität nach, Tage wie oft Jahre lang, und verschwindet gemeiniglich nach der Beseitigung der Schädlichkeitsmomente entweder von selbst, oder unter einem entsprechenden diätetischen wie therapeutischen Verhalten, unter Wiederherstellung der früheren Functionsdauer vollkommen, wobei sich die Färbung allmälig u. z. rascher aus den zelligen Gebilden und den Gefässwandungen, langsamer aus der Opticus-Ausbreitung verliert. ——

Diesem eben angedeuteten Processe gegenüber charakterisirt sich die Entzündung in der Retina durch eigenthümliche Veränderungen am Gefässapparate, durch erhebliche Ernährungs- und Functionsstörungen des Organes.

Der Entzündung geht nach den bisherigen Beobachtungen stets ein ähnlicher Process, wie der der vorausbeschriebenen Reizung entweder durch Tage, oft nur durch wenige Stunden voraus, als erstes charakteristisches Symptom der Entzündung jedoch ergibt sich eine beträchtliche Verminderung des Durchmessers sämmtlicher Arterien. In dem Grade als diese sich mehr und mehr entwickelt, entziehen sich die zarteren, und späterhin auch die stärkeren Verzweigungen derselben dem Anblicke, und nur die Hauptarterienstämme sind noch als helle fadenförmige Linien zu erkennen, oder werden auch durch die gleichzeitig zunehmende Gewebsröthung (durch Ausgleichung der Färbung im Augengrunde bei der lichtrothen der Arterien) und das Auftreten von Exsudat stellenweise oder selbst gänzlich unsichtbar. Kurze Zeit nach Verminderung des Durchmessers der Arterien weist das Venensystem das entgegengesetzte Verhältniss aus, indem alle Venen, besonders aber die Hauptstämme, eine Vermehrung des Durchmessers, eine Hyperämie beurkunden.

Mit diesen Veränderungen im Gefässapparate schreitet gleichzeitig eine bedeutende Störung in der Ernährung und der Function des Organes einher.

Die Retina röthet sich bedeutend stärker (sowohl durch Imbibition mit Hämatin, als auch wahrscheinlich durch Capillarhyperämie), wird undurchsichtig und endlich trübe, und deckt hiedurch die untergelegenen Gebilde, so dass nach dem Verschwinden des Sehnervenquerschnittes der ganze Augengrund gleichförmig roth gefärbt, jedoch weniger hell erleuchtet erscheint.

Nimmt diese Trübung der Retina, wodurch sich die Aufnahme von Exsudat in das Parenchym charakterisirt, zu, so leidet auch weiters das Ansehen der Gefässe, die Arterien verschwinden (wie früher bemerkt) beinahe gänzlich, und die Venen werden an den Stellen, wo sie tiefer in das Gewebe der Retina eindringen, mehr oder weniger undeutlich, und erscheinen daher in ihrem Verlaufe unterbrochen; in ihrer übrigen mehr oberflächlichen Lagerung jedoch treten sie unter Abnahme der Spiegelung ihrer Gefässmitte, gleichförmiger und dunkler gefärbt und daher deutlicher und auffallender als im physiologischen Zustande hervor, so dass eine entzündete Retina im Allgemeinen den Anblick gewährt, als besässe sie blos Venen und zwar stellenweise ausgedehnt, aber keine Arterien.

In dem Masse als nun die Exsudation in das Gewebe sich vermehrt, treten die eben angegebenen Erscheinungen deutlicher hervor, die Retina beginnt mehr Licht zu reflectiren, sie zeigt eine grauröthliche und späterhin grauweissliche Farbe und das Exsudat deckt zuletzt je nach seiner massenhaften Ansammlung alle Gewebstheile gänzlich.

Die Function der Retina ist von dem Momente der Verminderung des Arteriendurchmessers und der fast gleichzeitigen Exsudation, je nachdem letztere vorzugsweise im Bereiche der *macula lutea*, oder dem ihr zustrebenden Theile der Opticusausbreitung, oder aber entfernt von selben auftritt, vollständig aufgehoben oder unterschiedlich, jedoch stets erheblich, beeinträchtigt. — Während des ganzen Verlaufes dieses Processes scheint die Farbe des Blutes in den Arterien nicht besonders verändert, und die Circulation desselben ununterbrochen fortzubestehen, indem in ganz gleicher Weise, wie im physiologischen Zustande, die Pulsationsphänomene an Arterien wie Venen in jedem beliebigen Momente hervorgerufen werden können. Wird zu diesem Zwecke ein äusserer Druck auf das Auge angebracht und dadurch auch der Widerstand für die Blutwelle vermehrt, so verschwinden die Arterien während der Systole auch an jenen Stellen, wo sie vorher noch sichtbar waren, treten jedoch (insoferne sie nicht durch allzu massenhaftes Exsudat zu stark gedeckt sind) während der Diastole in ihrem vollen physiologischen Durchmesser hervor.

Bildet sich die Entzündung zurück, so gewinnen zuerst die Arterien am Durchmesser und werden leichter wahrgenommen, die Venen verlieren am Durchmesser, die Exsudate vermindern sich, das Gewebe der Retina hellt sich auf, die Function des Organes nimmt zu, das Gefässsystem erhält ein physiologisches Ansehen und die Röthung der Retina verliert sich allmählig, jedoch am spätesten aus den Nervenfasern, so dass oft noch nach Jahren, bei übrigens physiologischer Ernährung und Function des Organes, die Opticusfasern röthlich und endlich gelblich gefärbt erscheinen. ——

In Rücksicht von Hyperämie bei gleichzeitig fortbestehender Zirkulation lässt sich ein 2facher Process unterscheiden, jenachdem dieselbe sich bloss auf ein Gefässsystem beschränkt, oder sich gleichzeitig über das arterielle wie venöse Gefässsystem der Retina gleichförmig verbreitet.

Von einseitiger Hyperämie wurde bisher nur eine solche im Venensysteme beobachtet, und zwar, abgesehen von jener welche (wie früher bemerkt) bei der Entzündung auftritt, — eine Hyperämie, welche nach dem Verschwinden der übrigen Entzündungserscheinungen in der Retina, durch kürzere oder längere Zeit noch fortbesteht, — oder bei dem Mangel der anderen früher erwähnten Entzündungserscheinungen, jedoch am häufigsten unter dem Bestehen eines entzündlichen Vorganges oder einer anderweitigen Ernährungsstörung in benachbarten Organen, wie insbesonders in der Chorioidea, sich selbstständig aus der Retinareizung hervorbildete.

Diese Hyperämien charakterisiren sich durch eine bedeutende Vermehrung des Durchmessers sämmtlicher Venen, die hiebei eine gleichförmige ist, oder in einzelnen Stämmen und Bezirken besonders auffallend hervortritt, — durch eine dunklere Färbung des Blutes in ihnen, ohne gleichzeitig erkennbare Veränderungen im arteriellen Systeme, so wie im übrigen Ansehen des ganzen Gefässapparates, — durch eine beträchtliche Störung der Function und allmälig sich entwickelnde Ernährungsstörung des Gewebes.

Jene Hyperämie, welche sich gleichzeitig über das arterielle wie venöse Gefässsystem verbreitet, wurde öfters, besonders aber bei gleichzeitiger Lähmung des *nerv. oculomotorius* und *abducens* beobachtet.

Hiebei sind sämmtliche Gefässe der Retina in demselben Grade erweitert, so dass der physiologische Unterschied im Durchmesser zwischen entsprechenden Arterien und Venen aufrecht erhalten ist; das in ihnen enthaltene Blut lässt keine Farbeveränderung

erkennen; Durchsichtigkeit und Farbe der Gewebsbestandtheile bleibt dieselbe, und selbst nach Monate langem Bestehen solcher Hyperämien wurden weder Ernährungs- noch Functionsstörungen wahrgenommen. ——

Ein der Hyperämie entgegengesetzter nicht seltener Process in der Retina beurkundet sich durch eine auffallende und gleichförmige Abnahme des Durchmessers sämmtlicher Arterien und Venen. Auch hier besteht der im physiologischen Zustande ausgesprochene Unterschied im Durchmesser zwischen Arterien und Venen; der ganze Gefässapparat erscheint normal, nur äusserst zart (im verjüngten Massstabe) entwickelt, und hiedurch etwas lichter gefarbt; das Gewebe der Retina, besonders der Sehnervenquerschnitt, ist blasser, farblos oder äusserst geringe bläulich wie grünlich gefärbt, erscheint jedoch sehr intensiv erleuchtet, selbst zu glänzen.

In Rücksicht der Circulations- und Pulsationserscheinungen sind keine Abweichungen wahrzunehmen, die Function des Organes ist jedoch stets vollständig aufgehoben, obgleich selbst nach Jahre langem Bestehen dieses Processes keine weiteren Gewebsstörungen zu erkennen waren. ——

Eine erhebliche Verlangsamung und hiemit ein Sichtbarwerden der Blutcirculation, so wie eine endliche Stockung derselben, wurde nur selten beobachtet. Hier erschienen sämmtliche Gefässe der Retina am stärksten erweitert, und zwar unter Aufhebung des physiologischen Unterschiedes im Durchmesser zwischen entsprechenden Arterien und Venen (weshalb auch die Hyperämie im arteriellen Systeme bedeutend stärker war, als im Venensysteme); die Farbe des Blutes erschien dunkler, und zwar vollkommen die gleiche in den Arterien wie in den Venen, und beide konnten sonach nur noch bei bestehender Blutbewegung durch die Richtung derselben unterschieden werden.

Die Pulsationserscheinungen blieben bei entwickelter Stase aufgehoben; das gegenseitige Verhalten der farbigen zu den farblosen Blutbestandtheilen war häufig sehr abweichend; so hatten sich z. B. wie in dem „über Staar und Staaroperation" beschriebenen Falle, die rothen Blutkörperchen zu kleinen Partien vereinigt, welche als kurze Cylinder das Lumen der Gefässe dem Querdurchmesser nach vollkommen ausfüllten, zwischen sich jedoch ähnliche Cylinder (der Länge des Gefässes nach), aber ungefärbter Blutflüssigkeit enthielten. — Die übrigen Gewebsbestandtheile der Retina zeigten weder in Farbe, noch sonst irgend eine Veränderung, die Function derselben war bei der Verlangsamung des Blutstromes auffallend vermindert, bei der Stockung vollkommen aufgehoben.

In den bisher beobachteten Fällen stellte sich die Circulation und das physiologische Ansehen des Gefässapparates binnen Stunden oder längstens weniger Tage wieder her, die Function der Retina trat im gleichen Masse ein, und es ergab sich auch weiters keine Ernährungsstörung im Gewebe. ——

Diese bisherigen Beobachtungen ermöglichen noch in keiner Weise eine erschöpfende Beurtheilung und Begründung dieser verschiedenen Processe; so viel dürfte jedoch denselben zu entnehmen sein, dass das Wesen der Entzündung nicht in Blutstockung bestehe.

Berücksichtigt man auch noch anderweitige Erscheinungen, so wie die Ergebnisse, welche an Lebenden, Menschen wie Thieren, auf experimentellem Wege bis nun erzielt worden sind, und deren umständliche Darlegung Dr. Jäger in Bälde in der zweiten Lieferung seiner „Ergebnisse der Untersuchungen mit dem Augenspiegel" beabsichtigt, so dürfte bei der Entzündung eine Erregung und bei der (ausgebreiteten) Hyperämie (wie solche Brücke nach Durchschneidung des Sympathicus schon längst nachgewiesen) eine Lähmung vasomotorischer Nerven bestehen, das Wesen jedoch der Reizung, Entzündung etc. weiter als in einer blos mechanischen Störung der Circulation zu suchen sein, und es dürfte der Ausdruck Virchow's „örtliche Ernährungsstörung" wohl eine tiefere Bedeutung besitzen, als Manche ihm zugestehen wollen.

Auf die Bemerkung Professor v. Patruban's, dass die bei dem Reizungszustande der Retina angegebene Imbibitionsröthe doch nur als Folge einer vorausgegangenen Stase in den Capillargefässen, anzusehen sei, welche bei der mit dem Augenspiegel zu erzielenden geringen Vergrösserung von 24 Linear, nicht genau beobachtet werden könne, wenn man nicht geneigt wäre, anzunehmen, dass diese Röthe der optische Ausdruck der in diesem Momente stärker gefüllten Capillargefässe sei, wobei er sich auf die bezüglichen microskopischen Untersuchungen an der Schwimmhaut des Frosches und Lungensackes der Tritonen berief — erwiederte Dr. Jäger, dass, wie schon früher bemerkt, nach den bisherigen Beobachtungen über das Verhalten des Capillarnetzes und der Circulation in demselben kein erschöpfendes Urtheil ermöglicht sei, berücksichtigt man jedoch die an und für sich geringe Erweiterbarkeit der Capillaren, den Mangel jeder wahrnehmbaren Veränderung an dem Durchmesser und in der Circulation der zu- und abführenden Gefässe bei der eigenthümlichen Gefässverzweigung in der Retina, so könne bei der Retinareizung eine dauernde Capillarstase sich wohl kaum über grosse Bezirke verbreiten, das Wesen aber der Reizung in Rücksicht der gegebenen Erscheinungen bei Entzündung, Hyperämie, Stase, keines Falls in der Capillarstase selbst zu suchen sein. ——

Hierauf referirte Primararzt Dr. Zsigmondy über einen höchst interessanten Fall von einer Darminvagination von oben nach abwärts bei einem 54jährigen Manne, der am 31. Jän. d. J. mit Ileus in das Filialspital, dem Referent als Primararzt vorsteht, aufgenommen wurde und nach vierwöchentlicher Behandlung daselbst gestorben ist. Das am Schlusse des Vortrags gezeigte Präparat, an dem sich die Invagination einer oberen, über 4 Zoll langen Darmpartie in die tiefer gelegene deutlich erkennen liess, gab zu einer kurzen Discussion zwischen mehreren Mitgliedern des Collegiums Anlass. Wir gehen jedoch in die Krankheitsgeschichte dieses höchst instructiven Falles jetzt nicht näher ein, da wir sie demnächst ausführlich mittheilen werden.

Der noch weiter auf dem Programme angezeigte Vortrag von Prof. Dr. H. Beer musste wegen zu vorgerückter Abendstunde für die nächste wissenschaftliche Plenar-Versammlung aufbehalten werden.

Dr. Preyss.

IV. Analekten und Besprechung neuer medicinischer Bücher.

A. Analekten.

a) Aus dem Gebiete der Pharmacologie.

Cornu Corvi calcinatum als Antidiarrhoicum. Carne empfiehlt dieses Mittel in einer Lösung, Pillen oder Speise, so dass der Kranke 4—5 Gran auf einmal und in 24 Stunden wenigstens 30 Gr. erhalte. Wenn die Diät keine besonderen Vorschriften erfordert, so gebe man es bei Beginn des Mahles eingehüllt in Bohnen-Purée oder in Nudeln in der Dosis von 4—5 Scrupeln auf 5 bis 6 Prisen vertheilt. Die Anwendungsdauer je nach dem Fall: von einigen Tagen bis zu mehreren Monaten. (*Med. Zeitsch. Russlands 1855, Nr. 36.*)

Fortsetzung der Analekten in der Beilage Nr. V.

V. Beilage, ad Nr. 12.

b) Aus dem Gebiete der Augenheilkunde.

Die Operation des Symblepharon nach Laugier. Diese sehr einfache und in allen Fällen von Symblepharon leicht auszuführende Operation besteht in ihrem Princip darin, dass der Augapfel von dem narbigen Gewebe, durch welches er an den Augenlidern festgehalten ist, befreit werde, dass er dann mit der mucösen, nicht blutenden Fläche der aus dem Narbengewebe (*brides*) gebildeten Lappen in Berührung gebracht werde, und zwar der Art, dass die mit ihrer Basis an den Augenlidern haftenden Lappen mit ihrem freien Schnittrande gegen den Sinus der Conjunctiva eingestülpt, und dort mittelst Fadenschlingen befestigt werden, die von innen nach aussen durch die Augenlider geführt, und nach aussen auf einem Röllchen von Diachylonpflaster geknüpft werden. Die narbigen Lappen müssen so nahe als möglich und in ihrer ganzen Dichte an ihrem Insertionspuncte am Globus losgetrennt werden, damit sie um so höher und dichter werden.

Laugier führte diese Operation mit dem glücklichsten Erfolge bei einem zwanzigjährigen Mädchen aus, bei welchem die innern Flächen und Ränder der beiden Augenlider mit dem Globus des rechten Auges von seinem äussern Ende bis zum halben Umfang der Cornea verwachsen waren, und deshalb jede Bewegung des Augapfels nach innen sehr schmerzhaft und unmöglich wurde. Das narbige Gewebe, welches eine Art von *pannus* darstellte, wurde in 2 Lappen getrennt, deren einer an das obere, der andere an das untere Augenlid eingestülpt wurde. Nach 6 Tagen konnte man die Fäden ausziehen, die Bewegung des Augapfels wurde normal, die Heilung gelang vollkommen. (*Gazette hebdomadaire 1855, Nr. 51.*)

c) Aus dem Gebiete der practischen Medicin.

Cruveilhier's Ansichten über die durch Atrophie der Muskeln bedingte Lähmung. Cruveilhier benennt diese Art Paralyse, die bis jetzt noch in keinem nosologischen Schema Raum gefunden hat, *Paralysis ex atrophia idiopathica vel primitiva musculorum.* Sie ist vorzüglich dadurch charakterisirt, dass sie ganz unabhängig ist von den grossen Nervencentren, dem Gehirn und Rückenmark. Die intellectuellen Fähigkeiten, das Gesichtsvermögen, die Ernährungsfunctionen, mit Ausnahme der Ernährung der willkürlichen Muskeln, können dabei unversehrt bestehen. Nur die vorderen Wurzeln der Spinalnerven sind erkrankt, namentlich bedeutend verdünnt, während die hinteren Wurzeln derselben Nerven und die vorderen Seitenstränge des Rückenmarks gesund bleiben. Die Atrophie beginnt allmälig mit der Abmagerung der Muskeln und schreitet stetig fort bis zur fettigen Entartung. Cruveilhier hat bis jetzt vier sehr merkwürdige Krankheitsfälle dieser Art zu beobachten Gelegenheit gehabt. Der erste Fall, der sich ihm darbot, war bei einer 40jährigen Frau, bei welcher zuerst die Muskeln der oberen Extremitäten atrophisch und paralysirt wurden, bis allmälig die Paralyse sich auf die Muskeln des Pharynx und Larynx erstreckte, wodurch die Deglutition und Phonation aufgehoben wurde; die Kranke ward todt in ihrem Bette gefunden, blieb jedoch bis zu ihrem Lebensende bei vollkommenem Bewusstsein und Gefühlsvermögen.

Nach Cruveilhier könnte man mittelst Durchschneidung der für die Muskelbewegung bestimmten Nerven eine solche künstliche generelle oder partielle Muskelatrophie hervorrufen.

Es ist diese Atrophie analog mit jener, welche bei Durchschneidung des *nervus medianus* oder *cubitalis* oder *radialis* in jenen Muskeln entsteht, in welchen diese Nerven sich verzweigen. Vom physiologischen Standpuncte betrachtet, gibt diese Atrophie einen Beweis für das grosse Theorem von Charles Bell (über welches sich in neuester Zeit nach den Untersuchungen Brown Sequard's gegründete Zweifel erhoben), dass die vorderen Wurzeln der Spinalnerven ausschliesslich für die Ernährung und Bewegung der willkürlichen Muskeln bestimmt seien. (*Gazette hebdomadaire 1855, Nr. 51.*)

B. Besprechungen neuer medicinischer Bücher.

Neue orthopädische Behandlungsweise veralteter spontaner Luxationen im Hüftgelenke, erfunden und mit Erfolg durchgeführt von Johannes Wildberger, Gründer und Leiter der orthopädischen Heilanstalt in Bamberg, mit 3 Abbildungen. Würzburg 1855. 8. 112 S.

Der Verfasser dieser Abhandlung ist ein Bandagist, welcher eine orthopädische Anstalt in Bamberg errichtet hat, und grosses Verlangen zu tragen scheint, sich als einen Mann der Wissenschaft dem grossen Publicum bekannt zu geben. Seine fixe Idee haftet an spontanen Luxationen im Hüftgelenke. Schon vor einigen Jahren (1852) schrieb Dr. Heidenreich im Interesse Wildbergers über dieses Thema eine Broschüre, in welcher jedoch nur der Name Wildbergers unter die übrigen ärztlichen Celebritäten eingeschmuggelt werden sollte, über seine eigentliche Behandlungsweise wurde damals noch ein geheimnissvoller Schleier ausgebreitet. Auch erschien im Jahre 1852 ein Bericht über die orthopädische Heilanstalt in Bamberg, als dessen Verfasser sich W. selbst bezeichnet, obwohl auch dieser Bericht offenbar von einem Arzte geschrieben wurde; sonderbarer Weise war diesem Berichte zu Folge kein einziger Fall von Hüftcontractur, wie sie doch nach Coxalgie so häufig vorkommt, in dem Institute behandelt worden, dagegen war die sonst so seltene Luxation im Hüftgelenke 11 Mal beobachtet worden. Der ausserordentliche Erfolg der Einrichtungsmethode wurde weitwendig mitgetheilt, die Einrichtungsweise selbst aber blieb ein Geheimniss. Da sich indessen einige leise Zweifel sowohl über die Diagnostik, als über die Behandlungsresultate des Herrn Wildberger erhoben hatten, so entschloss er sich, eine weitere Abhandlung abermals unter seinem Namen veröffentlichen zu lassen, in welcher er den Schleier des Geheimnisses seiner Behandlungsweise gelüftet hat. Dies ist die vorliegende „neue orthopädische Behandlungsweise veralteter spontaner Luxationen im Hüftgelenke."

Nun gehören wir keineswegs zu jenen Beurtheilern, die da von vornhinein überzeugt zu sein glauben, als könne ein Bandagist blos deshalb, weil er kein Arzt ist, auch keine gute Idee bei Behandlung von Verkrümmungen haben, — wir sind deshalb den Mittheilungen des Verfassers mit Aufmerksamkeit gefolgt, und haben seine Angaben genau abgewogen; allein wenn es sich darum handelt, einen gefährlichen Irrthum des Verfassers zu berichtigen, und von einer auf falsche Voraussetzungen gegründeten martervollen Behandlungsweise abzurathen, so muss unsere Kritik, welche der Wissenschaft gerecht werden will, strenger sein, als es dem Verfasser vielleicht lieb sein dürfte.

Der erste Fall, welchen W. im Jahre 1849 als Luxation im Hüftgelenke behandelte, scheint in der That eine wirkliche Verrenkung des Schenkelkopfes in Folge eines Exsudates in der Hüftgelenkshöhle gewesen zu sein. Bezüglich des Erfolges der

Behandlung bleiben wir jedoch im Zweifel, da der Verfasser in seinem Bericht vom Jahre 1852 sagt, dass der Gelenkskopf am Ende der Cur gerade oberhalb der höchst wahrscheinlich ziemlich obliterirten Gelenkshöhle zu stehen kam, und dass er sich eine neue Pfanne gebildet zu haben schien. In seiner neuesten Broschüre hingegen lässt Verfasser diese Bemerkung weg, und meint, dass eine nicht unbedeutende Contractur in den Beugemuskeln des Oberschenkels zurückgeblieben war, welche er sich nicht zu heben getraut.

Dieser Fall jedoch war Veranlassung, dass der Verfasser von jetzt an alle nach Coxalgien zurückgebliebenen Contracturen für Luxationen hielt, und als solche behandelte. Es ist dem Verfasser offenbar unbekannt, dass nach chronischen Hüftgelenksentzündungen die Pfanne, der Schenkelkopf und Schenkelhals bedeutende Veränderungen erleiden, in Folge deren der Kopf meistens in der erweiterten Pfanne nach rück- und aufwärts gedrängt, der Schenkel bedeutend verkürzt wird, und die Bewegungen des von sclerosirten Geweben umgebenen Schenkelkopfes hinter den Trochanter bei stark adducirten und mässig gebeugten Schenkeln gefühlt werden können, kurz, dass scheinbar alle Symptome einer Verrenkung, die immerhin nach Coxalgie sehr selten ist, zugegen sein können, während sich der Schenkelkopf doch vollkommen in seiner (allerdings veränderten) Gelenkshöhle befindet; es ist ferner dem Verfasser offenbar unbekannt, dass wohl nur jene spontan nach Hüftgelenkentzündung entstandenen Luxationen reponirt werden können, welche in Folge von flüssigen Exsudaten in der Gelenkscapsel entstanden sind, und noch nicht gar lange bestehen, dass hingegen Luxationen in Folge von Zerstörung des Kopfes in der Pfanne, die schon jahrelang bestehen, solche Veränderungen der Weichtheile und namentlich der Gelenkspfanne nach sich ziehen, welche ein Herabrücken des Kopfes aus seinen neu eingegangenen Verbindungen und eine Stützung in der trigonisch-verödeten Pfanne unmöglich machen.

Um seine Diagnose so überzeugend als möglich zu begründen, fügt Verfasser seinen Krankengeschichten zahlreiche Messungen des Schenkels bei. Wir haben diese Massverhältnisse genau erwogen, und dabei die Ueberzeugung gewonnen, dass viele von diesen Messungen, sowohl am kranken als gesunden Schenkel deshalb keinen diagnostischen Werth haben, weil dabei die Stellung des Schenkels zum Becken entweder gar nicht oder nur sehr oberflächlich und unzureichend ausgedrückt ist, dass aber viele von diesen Massverhältnissen geradezu unmöglich, und dass somit diese Messungen ganz falsch sind. Es würde zu weit führen, die Messungen in allen einzelnen Fällen kritisch zu beleuchten, wir wollen nur beispielsweise einige hervorheben.

In der Krankengeschichte I. Seite 56 wird von dem 10jährigen Kranken A. K. folgende Messung angeführt: Vom Darmbeinstachel bis zum aussern Fussknöchel rechts 70, links 62 Cent. Vom Darmbeinstachel bis zum untern Kniescheibenrande rechts 31, links 27 Cent.; somit ergibt sich für den Unterschenkel bis zum Knöchel rechts 39, links 35 Cent. Am Ende der Cur ergab die Messung folgendes: Vom Darmbeinstachel bis zum äussern Fussknöchel rechts 71, links 69 Cent. Vom Darmbeinstachel bis zum untern Kniescheibenrande rechts 31$^1/_2$, links 30 Cent.; somit ergibt sich für den Unterschenkel bis zum Knöchel rechts 39$^1/_2$, links 39 Cent. Wenn diese Masse richtig wären, so hätte müssen der linke Unterschenkel ganz ohne Ursache im Verlaufe der Cur um 4 volle Cent. länger geworden sein, während der rechte nur um einen halben Cent. an Länge zugenommen hat. Wie reimt sich dies zusammen? Man könnte sagen, die erste Messung sei bei gebeugtem Knie, die letzte bei gestrecktem vorgenommen worden, und die grosse Zunahme der Unterschenkellänge linkerseits rühre von der veranderten Stellung der Kniescheibe her, allein in diesem Falle hätte ja auch rechterseits die Länge des Unterschenkels zunehmen müssen, da der Verfasser ausdrücklich behauptet, er habe die Messungen immer bei gleicher Stellung der beiden Gliedmassen vorgenommen.

In der Krankengeschichte II. S. 64, wird von dem 14jährigen Mädchen E. Sch. folgende Messung angeführt: Vom Darmbeinstachel bis zum innern Fussknöchel rechts 66 — links 61 Cent. Vom Darmbeinstachel bis zum innern Schenkelknorren rechts 36 — links 31 Cent. (Somit ergab sich für den Unterschenkel bis zum innern Knöchel rechts 30 — links 30 Cent.) Vom Rollhügel bis zum äussern Fussknöchel rechts 56, links 54 Cent. Vom Rollhügel bis zum äussern Schenkelknorren rechts 29, links 28 Cent. (Somit ergab sich für den Unterschenkel bis zum äussern Knöchel rechts 27, links 26 Cent.) Es wären also die Unterschenkel nach der einen Messung vom Darmbeinstachel zum innern Knöchel um 3 und 4 Centimeter länger als nach der Messung vom Rollhügel zum äussern Knöchel, der auch noch etwas tiefer steht als der innere. Die nackte Thatsache ist die, dass diese Masse entweder höchst ungenau oder wohl ganz und gar, und zwar sehr ungeschickt, erfunden sind. Auch in den folgenden Krankengeschichten lässt der Verf. den kranken Schenkel oft länger werden, als er nach den gegebenen Umständen überhaupt werden konnte, und will mit diesen Messungen da, wo den Leser ein leiser Zweifel anwandeln könnte, sowohl seine Diagnose als den Erfolg seiner Cur beweisen. In der Krankengeschichte IV ergeben aber selbst die Masse des Verf. vor und nach der Cur einen so geringen Unterschied, dass er eines andern Beweises bedarf, um den Leser von der gelungenen Einrichtung zu überzeugen. Er sagt, in diesem Falle sei eine Drehung der linken Beckenhälfte um ihre Querachse während der Behandlung entstanden, so dass der vordere Darmbeinstachel tiefer zu stehen kam. Nun macht er folgenden originellen Schluss: Wäre die Einleitung nicht erfolgt, so müssten, da überdiess die Achsendrehung des Beckens zu Stande kam, die Masse am Ende der Cur noch einmal so ungünstig gewesen sein als früher. Weil sich aber die Masse am Anfange und Ende der Cur ziemlich gleich blieben, so musste nothwendig die Einrichtung erfolgt sein. Fassen wir hierbei ins Auge, dass Verf. bereits in einem Berichte vom J. 1852 nur Luxationen, aber keine einzige Contractur des Oberschenkels nach Coxalgie anführt, betrachten wir die theils mangelhaften theils falschen Messungen und wiedersprechenden Angaben des Verf., seine Unkenntniss der Veränderungen der Knochen nach Coxalgie, und seine Sucht überall Luxationen des Oberschenkels zu sehen und einzurichten, so können wir wohl mit gutem Gewissen behaupten, dass unter allen den Fällen, welche Verf. beschrieben hat (vielleicht mit Ausnahme seines bereits erwähnten ersten Falles), nicht eine einzige Luxation des Oberschenkels gewesen sein mag. Wir sind der Meinung es seien wohl nur Contracturen des Hüftgelenkes gewesen, und wir müssen bei diesem Ausspruche bleiben, selbst wenn uns der Verf. die Herren Dr. Textor und Adelmann als Zeugen anführt; darüber, dass der Verf. sich in der Diagnose geirrt hat, möge er sich nicht grämen, zu seinem Troste sei ihm gesagt, dass solche Fälle, welche er beschreibt, vor nicht gar langer Zeit selbst von vielen Aerzten für Luxationen gehalten worden wären und vielleicht noch gehalten werden würden, wenn nicht bereits die pathologische Anatomie auf die-

sem Felde Licht verbreitet hätte. Wir kommen jedoch jezt zu einem ernsteren Puncte — zur Behandlung.

Von der Ueberzeugung ausgehend, dass Luxationen des Oberschenkels einzurichten seien, wendet der Verf. einen Apparat an, durch welchen bei fixirtem Becken eine heftige Extension des Schenkels und Unterschenkels, deren Angriffspunct oberhalb des Fussgelenkes angebracht ist — mittelst einer Schraube ausgeübt werden kann. Obwohl es Verf. nach seiner Angabe ausdrücklich vermieden hat — fremde Maschinen oder Zeichnungen anzusehen, um bei der Construction seines Apparates seinen Erfindungsgeist nicht durch fremde Ideen irre zu leiten, so müssen wir gleichwohl bedauern, dass dem vom Verf. erfundenen Apparate durchaus keine neue Idee zu Grunde liegt, indem die Art der Befestigung dem alten Hagedornschen, die Art des Zuges aber dem Boyer'schen Apparate zur Extension der Oberschenkelbrüche vollkommen nachgebildet erscheint. Das was der Verf. diesen längst bekannten Apparaten noch hinzugefügt hat, namentlich um den Oberkörper zu fixiren, halten wir für ein überflüssiges plumpes Marterwerkzeug. Die Nachtheile des vom Verf. nachgeahmten Boyer'schen Extensionsapparates, dass nämlich der Zug nicht nur auf das Hüftgelenk, sondern in gleichem Masse auf das Kniegelenk und zum Theil auch auf das Fussgelenk wirkt, sind jedem Chirurgen genau bekannt.

Diesen allerdings sehr lästigen Extensions-Apparat setzt nun Verf. gleich Anfangs in die höchste Wirksamkeit, um innerhalb einiger Stunden den angeblich verrenkten Gelenkskopf herabzuziehen, gelingt diess nicht, so wird am nächsten Tage das Manöver wiederholt und diese sogenannte Operation so lange fortgesetzt bis Anschwellung, Convulsionen und Brand die weitere Extension verbieten; sind die wunden Theile nach Wochen und Monaten geheilt, so fängt die Cur wieder von vorne an. Auf diese Weise will der Verf. jedesmal zum Ziele gelangt sein, nur hat er beobachtet, dass meistens nach gelungener Einrichtung die Contractur im Hüftgelenke sich vermehrt habe. Um nun auch diesen Uebelstand zu beseitigen, will Verf. ebenfalls einen Apparat erfunden haben, welchen er sehr naiv Sitzbänkchen nennt, wahrscheinlich um nicht sagen zu müssen, dass es Lorinser's Beckenpolster in dessen Extensionsbette für Hüft-Contracturen sei.

Da der Verf. alle Contracturen des Hüftgelenkes, abgesehen davon, ob die Entzündung abgelaufen ist oder nicht, ob der Schenkelkopf herabrücken kann oder nicht, seinem violenten Extensionsverfahren unterwirft, so darf es auch nicht überraschen, wenn wir von Convulsionen, brandigem Decubitus, Abmagerung des ganzen Körpers, als von Dingen hören, welche den Operateur nicht im Geringsten zu geniren brauchen, und welche gewissermassen selbstverständlich zur Cur gehören. Damit soll jedoch nicht gesagt sein, dass nicht mehrere von den Kranken des Herrn W. im gebesserten Zustande entlassen worden seien; es giebt zähe Naturen, — und da der Apparat des Verf. allerdings auf die Schiefstellung des Beckens von einigem Einfluss ist, und da der Verf. überdiess zum Beschlusse seiner Curen, d. h. nachdem sich die Kranken wieder einigermassen erholt hatten, sein Sitzbänkchen gegen die bestehende Contractur im Hüftgelenke anwandte, so liegt es ausser allem Zweifel, dass einige der Kranken beim Austritte aus der Anstalt viel besser zu gehen in der Lage waren, als früher. Allein wenn wir bedenken, wie viele unnöthige Qualen dem armen Kranken durch die fixe Idee eines ununterrichteten Menschen bereitet wurden, und wie die gewonnenen Vortheile auf weit schonendere Weise und in weit kürzerer Zeit hätten erreicht werden können, wenn wir bedenken, welch grosser und kaum gut zu machender Nachtheil bei noch fortbestehender Entzündung im Hüftgelenke durch eine unverständige, schonungslose Zerrung der Gelenke für den Kranken erwachsen kann und muss, und wenn wir endlich bedenken, mit welcher Anmassung der Verfasser sein gewissenloses Verfahren öffentlich dem ärztlichen Publikum gegenüber aufzudecken wagt, so können wir nicht umhin, unser Bedauern darüber auszudrücken, dass ein derlei Verfahren von einem Laien in einem öffentlichen Institute anstandslos fortbetrieben werden darf. W.

Il Cholera Morbus altro non è, che una intermittente quadruplicata sudatoria perniciosa miasmatico-contagiosa. Memoria del Dott. Antonio Perugini. Trento 1855.

Besprochen in der Sitzung des leitenden Ausschusses für wissenschaftliche Thätigkeit am 9. Feb. d. J.

Der Herr Verfasser beruft sich im Eingange seines Tractates auf einen von ihm an die löbl. k. k. Prätur in Vezzano über die damals (die Jahreszahl ist nicht angegeben) in Vigolo-Baselyo grassirende Choleraepidemie abgegebenen Bericht, in welchem er auf die bei Cholerakranken constant vorkommende Helminthiasis aufmerksam gemacht, und ferner bewiesen haben will, dass man allerdings ein specifisches Cholera-Miasma annehmen müsse, dass jedoch diesem ein eigenthümlicher gastrischer *Genius morbosus* parallel gehe; dass es Aufgabe der Kunst sei, diesen in Gestalt des Gastricismus einhergehenden bösen Dämon frühzeitig zu bannen, und dass das Vorwiegen der vegetabilischen Kost diesen Genius in seinem Auftauchen und Erstarken vorzugsweise begünstige.

Veranlassung zur Publicirung des vorliegenden Tractates war folgendes: Während der im Jahre 1855 in Vigolo herrschenden Choleraepidemie wurde der Verfasser von einem eintägigen mit vier Paroxysmen in 24 Stunden einhergehenden Wechselfieber befallen; er studirte mit grosser Aufmerksamkeit und Beharrlichkeit die einzelnen Symptome des Fiebers an sich selbst, und fand, dass bei andauernden gastrischen Beschwerden regelmässig um die siebente und zwölfte Stunde eines jeden Tages (vom 13. bis 16. August) ein eigenthümlich riechender Schweiss ohne vorhergegangenes Hitze- und Kältestadium eintrat, und dass es ihm gelang, mit einer Dosis von 18 Gran Chinin dieses Fieber zu bemeistern, worauf sogleich vollkommene Genesung eintrat. Ganz in ähnlicher Weise will er die Prodroma dieser *febris intermittens*, die er daher als eine *quotidiana quadruplicata sudatoria* bezeichnen zu müssen glaubte, an 300 Kranken in seinem Bezirke gesehen haben, und es will ihm die Ansicht klar geworden sein, dass bei längerer Dauer dieser Intermittens allmälig Cholera sich entwickle, dass somit durch die Verbannung des Fiebers auch ein Hintanhalten der Cholerasymptome ermöglicht werde. Leider ist eine statistische Uebersicht der Einzelerkrankungen nicht gegeben; es ist nur bezüglich der Ortschaft Vigolo bemerkt, dass von 36 wahren Cholerafallen 22 durch die Behandlung mit Chinin gerettet worden seien, ein Verhältniss, welches ohnehin ein ungünstiges genannt werden muss.

Allerdings beschreibt der Verfasser die Symptome so, dass man nicht leicht zweifeln kann, es seien wirklich Cholerafälle gewesen, allein es ist durchaus nicht bewiesen, dass jene Fälle, in welchen er durch Coupiren der Fieberparoxysmen die Kranken heilte, wirklich in ein Cholerastadium getreten wären. Am Schlusse ergeht sich der Verfasser mit viel Wohlgefallen in der Ausschmückung der schon von ihm häufig angeregten Theorie, dass es das Gangliensystem sei, welches primitiv von dem Choleramiasma afficirt werde. Den Beweis hiefür, so wie den Modus

dieser Ueberraschung des trägen Gangliensystems bleibt der Verfasser, eben so, wie die Begründung der Erfindung des Titels seiner Schrift: *„Il Cholera Morbus altro non è, che una intermittente quadruplicata sudatoria perniciosa miasmatico-contagiosa“* schuldig.

Da man doch von vorne her in die Wahrheitsliebe des Verfassers keinen begründeten Argwohn setzen kann, so ist der Ausschuss der Ansicht, dass im August d. J. 1855 in den vom Verfasser überwachten Ortschaften Cadine, Vigolo und Sopramonte eine Wechselfieberepidemie in dem geschilderten Typus wirklich aufgetreten sei, dass die um jene Zeit auch in der Umgegend kräftig sich regende Cholera ihr Contingent unter den am Wechselfieber bereits Erkrankten sich ausgewählt habe, wie dies ja auch bei anderartig Siechenden so häufig vorkommt, dass jedoch der Schluss, welcher die Pointe des Memoire bildet, „die Cholera sei im Allgemeinen als eine verschleppte *febris intermittens* mit vierteltägigem Typus und eigenthümlichem Schweisse anzusehen, und die Therapie habe durch die sehr dringend empfohlene prophylactische Bekämpfung des voreilenden Gastricismus und durch die Anwendung des gegen Wechselfieber erprobten Heilapparates etwas gewonnen,“ ein ganz und gar aus der Luft gegriffener sei. Insoferne ist dieser literarische Versuch des Verfassers, welcher sich in einem sehr schwülen, bombastisch gehaltenen Style bewegt, und sehr unfruchtbare gar wenig beweisende Citate aus ziemlich obscuren Autoren benützt, als ein sehr verunglückter, und in seinen Schlussfolgerungen gänzlich verfehlter zu nennen.

Handbuch der Heilmittellehre v. Dr. Fr. Oesterlen. Sechste, neu umgearbeitete Auflage. Tübingen, 1856. Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung. 8. Preis $5^2/_3$ Rthlr.

Der Werth und die Eigenthümlichkeiten dieses vielverbreiteten Werkes sind der ärztlichen Welt bekannt.

Die Aufgabe des Ref. besteht daher blos darin, die Veränderungen, die diese neueste Auflage desselben erfahren, ersichtlich zu machen.

Das Format, der Druck und die übrige Ausstattung sind dieselben geblieben.

Eben so hat der geschätzte Herr Verfasser in der Anordnung des Materiales, in der systematischen Eintheilung der Arzneistoffe, so wie in der Behandlung der einzelnen Artikel keine wesentlichen Veränderungen eintreten lassen. Nur einige wenige Arzneistoffe haben im System einen anderen Platz erhalten.

Die *Hb. Lobeliae inflatae*, die *hb.* und *rad. Spigeliae marylandicae*, die *Spigelia anthelmia*, die *cort. Geoffroyae*, die *rad. Sanguinariae canadensis* sind aus der Classe der scharfen irritirenden Stoffe (*acria*) des Pflanzen- und Thierreiches in die Classe der betäubenden und asphyxirenden Stoffe versetzt, und in letzterer Classe auch die Abänderung getroffen worden, dass die früher bei der dritten Ordnung dieser Classe (einfache, reine Spinantien: *Tetanica*) aufgeführten: *Secale cornutum*, *Lolium temulentum*, *Festuca quadridentata*, *Fungi venenosi* der ersten Ordnung der ersten Classe (scharf-narcotische Stoffe) angereiht wurden.

Die Umarbeitung der neuen Auflage besteht hauptsächlich in kleineren, durch die neuen Arbeiten im pharmacologischen Felde bedingten Zusatzen und Abänderungen, bei schon in der früheren Auflage (1853) abgehandelten Arzneikörpern, in der Berücksichtigung der den neuesten Pharmacopoeen eigenthümlichen Präparate und in der Einschaltung früher übergangener oder in der neuesten Zeit erst besprochener und abgehandelter Heilmittel. Zu diesen neu aufgenommenen Artikeln gehören: *Goldammonium-Chlorür*, *flusssaures Fluorcalcium*, *cort. Tulipiferae*, *lign. Rhodii*, *Ambrosia trifida* und *Ambrosia maritima*, *Malva moschata*, *Mimulus moschatus semen Abelmoschi*, *rad. Panua*, die Früchte: *Saoria*, *Saoria Zatzé*, *Jatze* oder *Zarch*, die Samen: *Medjamedo* (*Abbaltjago*), *Celastrus edulis*, *rad. Cyperi rotundi et longi*, *rad. Iwarancusae s. Vetiveria*, *cort. Sintoc*, *cort. Culilabani papuani*, *cort. Massoy*, *cort. Paratados*, *cort. Alyxiae aromaticae*, *turiones s. gemmae Abietis*, *gemmae Populi*, *Manna cedrina*, *Pinus halepensis*, *Pengha War-Jambie*, *balsamum de Geddo*, *Dammarharz*, *Carannaharz*, *Getah Lahae*, *Pyroxanthin*, *Ammonium valerianicum*, *Piper japonicum*, *semen Agni casti*, *Thiosinamin*, *Erythroxylon Coca*, *Ornithogalum*, *Myrica cerifera*, *hb.*, *rad. et semen Lappae minoris s. Xanthii*, *Xanthium spinosum*, *Semen Angelin*, *Sebipirarinde*, Wurst-Kasegift, *rad. Tarro*, *rad. Ulluci tuberosi*, *Gomma de Bogata*.

Durch alle diese Zusatze hat das Werk Oesterlen's als Repertorium aller wissenswerthen pharmacologischen Notizen nur gewonnen. Hiebei konnte bei aller Oeconomie des compressen, übrigens ganz deutlichen Druckes eine Vermehrung um $6^1/_2$ Bogen nicht umgangen werden. Die Correctur des Druckes hat genau stattgefunden. Es finden sich nur wenige Druckfehler vor.

Der Preis ist bei der Stärke des Buches (73 Bogen) nicht hoch gestellt.

Nach dem Angeführten kann das Werk allen Fachgenossen mit Recht empfohlen werden.

Professor Kurzak.

V. Personalien, Miscellen.

Notizen.

Der k. k. Regierungsrath und emeritirte Professor Dr. *Adolf Pleischl*, hat zur Bethätigung seiner Ergebenheit und Anhänglichkeit an das allerdurchlauchtigste Kaiserhaus von dem Erlöse seiner, von *A. M. Wiskoczill* verfassten Biografie den Betrag von 100 fl. zu wohlthätigen Zwecken gewidmet und wurden seinem Wunsche gemäss hievon der Verein der Candidaten der medicinisch-chirurgischen Studien an der Wiener Hochschule zur Unterstützung kranker und hilfsbedürftiger Collegen, dann die Krombholz'sche Stiftung für arme Mediciner in Prag mit je 50 fl. betheilt.

— Professor Skoda erfreuten seine Schüler am 19. d. M. durch ein zu seinem Namensfeste überreichtes glänzend ausgestattetes Album, das die Namen aller seiner diesjährigen Schüler enthält, und ein freundliches Band der Erinnerung für Lehrer und Schüler bilden soll.

— Dem aus Greifswalde nach Göttingen berufenen Professor der Chirurgie, Dr. *Baum*, ist der Titel „Hofrath“ verliehen worden.

Personalien.

Ehrenbezeigung. Herr Dr. *Eduard Jäger jun.* wurde vom ärztlichen Vereine in München zum corresp. Mitglied ernannt.

Standes-Veränderungen in der k. k. feldärztlichen Branche.

Beförderungen Die prov. OÄ. Dr. *Anton Kittel*, v. 3. Inf.-Rgt., Dr. *Wenzel Hruschka*, vom 7. Inf.-Rgt., Dr. *Leopold Grosz*, vom 47. Inf.-Rgt. und Dr. *Carl Girardi*, vom 8. Grenz-Rgt. wurden zu wirklichen OÄ. befördert.

Transferirung. RA. Dr. *Ferd. Wittenbauer*, vom 14. Inf.-Rgt. zum Cadetten-Institut in Marburg.

Ausgetreten sind: OA. Dr. *Johann Mayrböck*, vom 2. Grz.-Rgt. und OWA. *Josef Wagner*, vom 4. Drag.-Rgt.

Sterbefall. Das Doctoren - Collegium betrauert neuerlich den Verlust eines seiner geachtetsten Mitglieder, Med. & Chir. Dr. *Eduard Mikschik*, Primararzt an der k. k. Gebäranstalt und der Abtheilung für Frauenkrankheiten, Commandeur und Ritter mehrerer hohen Orden etc., ist am 17. d. M. Abends $7^1/_2$ Uhr einem schweren Typhus erlegen. Die Redaction dieser Zeitschrift verliert in ihm einen Freund und bereitwilligen Mitarbeiter. Wir werden demnächst sein Wirken und seine Leistungen näher besprechen.

Wir ersuchen diejenigen Herren Pränumeranten, deren Pränumeration mit diesem Monate zu Ende geht, dieselbe baldmöglichst zu erneuern, und die Pränumerationsbeträge in das Redactionsbureau (Stadt, obere Bäckerstrasse Nr. 761 im 3. Stock) portofrei einzusenden, damit in der Versendung keine Unterbrechung stattfinde. Die Redaction.

Druck von L. C. Zamarski, Universitäts-Buchdruckerei (vormals J. P. Sollinger).